

**AVALIAÇÃO MÉDICA**  
**PARA FINS DE CONCILIAÇÃO**  
(Art. 31 da Lei 11.945, de 04/08/2009)

Processo: 0823805-15.2014.8.23.0010

Requerente: HENRIQUE MOTA PENHALOSA

**Informações do acidente**

Local: \_\_\_\_\_

Data do acidente \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Concordância com a realização da avaliação médica**

Declaro que as informações da vítima e do acidente, acima indicadas, são verdadeiras e que compareci, por livre e espontânea vontade, para realização da avaliação médica para fins de conciliação em razão do processo judicial em epígrafe, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na 2º Vara Cível de Competência Residual da Comarca de Boa Vista-RR.

Boa Vista-RR, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

HENRIQUE MOTA PENHALOSA  
Assinatura de vítima

**Avaliação Médica**

I) Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

sim    não    Prejudicado

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa.

II) Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual (quais) região(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s)

cotovelo ☺

b) as alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

Trauma contuso em  
cotovelo ☺ com tratamento pendente

III) Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

sim    não

Se SIM, descreva a(s) medidas terapêutica(s) indicada(s)

s)

\_\_\_\_\_

IV) Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a)  disfunções apenas temporárias  
b)  dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

*dor e edema crônico pós Trauma*

V) Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

- sim  
 não

Em caso de enquadramento na opção "a" do item IV ou de resposta afirmativa ao item V, favor **NÃO** preencher os demais campos abaixo assinalados

VI) Segundo o previsto na Lei 11.945, de 04 de julho de 2009, favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptíveis(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmentos corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

- a)  Total

(dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima)

- b)  Parcial

(dano anatômico ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima). Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:

b.1  Parcial Completo (dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima).

b.2  Parcial Incompleto (dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima).

b.2.1 Informar o grau da incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, §1º do art. 3º, da Lei 6.194/74, com redação introduzida pelo art. 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento anatômico

Marque aqui o percentual

1<sup>a</sup> Lesão

*cotovelo D*

10% Residual  25% Leve  50% Média  75% Intensa

2<sup>a</sup> Lesão

10% Residual  25% Leve  50% Média  75% Intensa

3<sup>a</sup> Lesão

10% Residual  25% Leve  50% Média  75% Intensa

4<sup>a</sup> Lesão

10% Residual  25% Leve  50% Média  75% Intensa

Observação - havendo mais de quatro sequelas permanentes a serem qualificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentados:

Local e data da realização do exame médico:

Boa Vista-RR, 20/10/14

Assinatura do médico - CRM

*Dr. Samir Xauxa*  
Infectologista  
CRM-RR 1055